



送信先ファクシミリ番号 0857-29-1578

(この辞退届は鳥取県医師会にご提出ください。)

(別紙5)

辞 退 届

年 月 日

公益社団法人鳥取県医師会長 様

医療機関名
所在地
電話
医療機関の長又は管理者名

定期予防接種の広域化事業に係る契約について、下記の理由により辞退します。

辞退理由	
辞退年月日	年 月 日